

Objeción de conciencia

Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Coordinador para los Países Andinos del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG

Varias procedimientos clínicos del ejercicio obstétrico-ginecológico que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva, como la inseminación artificial, la anticoncepción —colocación de DIU, esterilización, anticoncepción de emergencia— interrupción voluntaria del embarazo, eutanasia —muerte digna o en el encarnizamiento terapéutico— son sujetas a rechazo por algunos profesionales de la medicina aduciendo que por razones morales no las pueden realizar. A esto se le conoce como objeción de conciencia, la cual podría entonces definirse como la negativa de una persona, basada en serias razones de conciencia moral, a realizar ciertos actos o a participar en determinadas actividades que ordena la ley o la autoridad competente en un momento determinado (1,2).

Para hablar de objeción de conciencia, debemos referirnos al tema de los derechos humanos y reconocer que esto es conocido desde la antigüedad. Ya los griegos clásicos hablaban de los “derechos naturales”, tema que estuvo presente también en la legislación romana, que sirve de base para nuestro sistema judicial (3).

Como antecedente tenemos el caso de la doctrina de la Biblia y el pensamiento de los primeros cristianos como muestra de que la objeción de conciencia surge vinculada a criterios religiosos que incluso persisten en nuestros días. En efecto los primeros cristianos rehusaron servir en las legiones del ejército romano por considerarlo contrario a sus creencias (3).

La oposición a la liberalización de la legislación referente a la salud reproductiva, presentada o auspiciada ante tribunales nacionales o internacionales por instituciones religiosas conservadoras, ha fracasado. Así, la estrategia reaccionaria se ha dirigido a la resistencia mediante la invocación del derecho humano a la conciencia religiosa. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las

Naciones Unidas (ICCPR por sus siglas en inglés), que entró en vigencia en 1976, implementando la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, dice en su Artículo 18 (4):

1. “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza.
2. Nadie será objeto de medidas coercitivas que puedan menoscabar su libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección.
3. La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás.
4. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a respetar la libertad de los padres y, en su caso, de los tutores legales, para garantizar que los hijos reciban la educación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones”.

Durante los años ochenta, líderes en el campo de la salud preocupados con las limitaciones de los servicios de planificación familiar tradicionales reconocieron la complejidad de los factores que influyen la salud de la mujer, y la necesidad de ampliar la atención y el cuidado a todos los aspectos relacionados a la sexualidad y reproducción (5,6). De esta preocupación surge el concepto de salud reproductiva el cual se articula como un nuevo objetivo para futuras políticas de salud y para la renovación de programas de servicios. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) del Cairo de 1994,

universalmente reconoce este concepto que serviría de guía para la elaboración de políticas nacionales de población y desarrollo por un período de veinte años (7). Esto implicaría también una reforma de las políticas de salud para incorporar los servicios necesarios. Venezuela suscribió este compromiso lo que lo hace vinculante.

Si bien contamos con un conjunto de libertades orientadas a proteger a las personas en su derecho a pensar, creer y expresarse libremente de acuerdo con su conciencia y a actuar conforme a ello, estas libertades protegen una esfera íntima, aunque también pública pues limita las manifestaciones de las creencias individuales, así sean mayoritarias, para proteger los derechos de otros.

De acuerdo con esta protección, los profesionales de la salud tienen derecho a profesar las creencias de su elección, pero no pueden imponerlas a las mujeres que buscan o necesitan sus servicios. Las creencias religiosas o personales de los profesionales de la salud no pueden interferir con las decisiones autónomas de las mujeres (8).

Por estas razones, las decisiones acerca de no realizar ciertos procedimientos deben enmarcarse únicamente en criterios técnicos, de derechos humanos y éticos, lo que incluye el concepto de la práctica médica basada en evidencia científica. Las creencias personales y las convicciones religiosas no pueden ser el fundamento para impedir el acceso de las mujeres a estos procesos desconociendo los criterios técnicos y el cumplimiento de las normas (8).

El reconocimiento del derecho a las creencias personales y religiosas de los profesionales de la salud tiene tanta importancia como la que tienen sus límites, al menos en los siguientes aspectos (8):

1. Los profesionales de la salud tienen pleno derecho a tener y manifestar sus creencias personales, derecho que también asiste a las mujeres que deciden someterse a un procedimiento determinado.
2. Si estos derechos entraran en conflicto como ocurre cuando la mujer desea y requiere un procedimiento y el médico se opone a esta conducta por convicciones personales, el profesional no debe imponer sus propias convicciones a la mujer ni desconocer sus decisiones.
3. Para resolver este conflicto, se debe utilizar el mecanismo institucional de la objeción de conciencia.
4. Las creencias personales de quienes participan en la aplicación de estos procedimientos y el ejercicio de sus derechos a libertad de conciencia, opinión y creencias, no pueden convertirse en un

obstáculo para que las mujeres accedan a cualquier procedimiento que garantice su salud sexual y reproductiva.

La objeción de conciencia, como expresión del derecho a la libertad de creencias, puede ejercerse por los profesionales de la salud dentro de ciertos límites y siempre que se respete el principio de la no maleficencia. En la relación profesional, la mayoría de los proveedores de servicios de salud, apelando a la solidaridad, solo deberían utilizar la objeción de manera excepcional y darse siempre la oportunidad de reflexionar acerca de sus propias creencias y limitaciones morales para decidir a favor de la vida y la salud de las mujeres. No obstante, la desigualdad de poder entre profesionales de la salud y las usuarias de los servicios desnuda una faceta no deseable de la expresión de la objeción de conciencia: de una expresión del respeto por la pluralidad de creencias y morales, llega a convertirse en un instrumento de opresión de las mujeres que buscan un procedimiento médico, pues no pocas veces esta expresión de parte de los profesionales de la salud se transforma en intimidación, descalificación para las mujeres o en un acceso nulo o limitado a los servicios para recibir la atención requerida (8,9).

En cuanto a la capacidad legal para expresar la objeción de conciencia se debe tener en cuenta los siguientes hechos (8):

1. La objeción de conciencia es personal, porque constituye una decisión individual y nunca puede ser institucional. Aplica exclusivamente a prestadores de servicio directos y no al personal administrativo.
2. Todo profesional de la salud tiene derecho a manifestar objeción de conciencia frente a cualquier procedimiento médico, salvo que las leyes internas de un país limiten esta manifestación para algún sector del personal, sin embargo, la objeción de conciencia respecto de un procedimiento médico no puede, en ninguna circunstancia, poner en peligro la salud o la vida de las mujeres.
3. En el marco del respeto de los objetores, las instituciones públicas o privadas que presten servicios públicos de salud están en la obligación de garantizar la prestación de los servicios respectivos, y deben poner a disposición de las usuarias, en todo tiempo, a médicos no objetores.
4. Aun cuando los médicos no pueden ser discriminados por manifestar objeción de conciencia, no constituye un trato discriminatorio indagar por la posición de los candidatos a ocupar

vacantes respecto a ciertos procedimientos, pues con esta medida se pretende equilibrar al personal para garantizar la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.

5. El objetor de conciencia no se puede negar a dar información sobre los derechos de la mujer en materia de interrupción voluntaria del embarazo, esterilización, u otro procedimiento, e igualmente no debe ocultar información ni coartar la voluntad de la mujer para persuadirla en contrario de su decisión. Debe brindar la orientación necesaria y referirla inmediatamente a un prestador no objetor, entrenado y dispuesto, dentro de la misma institución o a otra de fácil acceso que garantice la atención.
6. Cuando el objetor es el único profesional con capacidad de brindar el servicio y/o no sea posible la referencia oportuna a un prestador no objetor, o cuando la mujer requiera atención de urgencia, debe realizarla en cumplimiento de la obligación última del prestador, de proteger la vida o la salud de la mujer.

En la Asamblea General de FIGO el 7 de noviembre de 2006, se estableció, además, que los profesionales de la salud para comportarse éticamente deben dar aviso público de los servicios que niegan por objeción de conciencia (8).

Desde el año 2002, en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) creó el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos y en la Asamblea de FLASOG se aprobó la Declaración de Santa Cruz, dentro de la cual asumió la defensa de los siguientes derechos sexuales y reproductivos (9):

- Derecho a una maternidad saludable y segura, sin riesgo de morir.
- Derecho a una vida sexual libre de violencia y del riesgo de contraer una infección de transmisión sexual y un embarazo no deseado.
- Derecho a la regulación de la fecundidad mediante el acceso a los métodos anticonceptivos que incluyen la anticoncepción de emergencia.
- Derecho a la interrupción del embarazo dentro del marco de la ley.
- Derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva.
- Derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

Este comité ha desarrollado una intensa actividad a nivel regional y a nivel de países, llevando a cabo reuniones técnicas y Talleres de: derechos sexuales y reproductivos, violencia de género, anticoncepción

de emergencia y aborto por causales de salud dentro del marco de la legislación de los países. Igualmente el Comité ha desarrollado talleres de Bioética y Clarificación de Valores para la Prestación de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. También ha participado en actividades de incidencia política en aspectos de Derechos Sexuales y Reproductivos en muchos países de la Región: Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Colombia, Ecuador, Perú, Brasil, Bolivia, Argentina y Chile.

Recientemente (10), en el marco del II Congreso Internacional Jurídico sobre Derechos Reproductivos, realizado en San José, Costa Rica 28-30 de noviembre de 2011, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG realizó un taller sobre "Objeción de Conciencia", el cual incluyó ponencias como:

- Los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos.
- La objeción de conciencia desde la perspectiva médica y en el marco de la bioética.
- La objeción de conciencia desde la perspectiva legal.

A continuación presentamos las conclusiones de dicho taller (10).

1. Existe una tendencia internacional a reconocer el derecho a la objeción de conciencia, que se deriva del derecho a la libertad de conciencia y de religión.
2. Existe una obligación positiva para los Estados de regular la objeción de conciencia.
3. El derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión no puede ser regulado. Sin embargo la ley debe aclarar la necesidad de proteger la seguridad pública, la salud, la moral o los derechos y libertades fundamentales de las personas.
4. El sistema de salud debe garantizar los derechos reproductivos de las mujeres, haciendo un balance entre los proveedores objetores y el goce del derecho de los usuarios. La remisión es una herramienta pertinente para este objetivo.
5. El uso de la objeción de conciencia no se puede extender a todos los funcionarios públicos ni tampoco a todos los privados.
6. Deben existir instancias de veeduría de la objeción de conciencia.
7. Los médicos objetores de conciencia no deben estar al frente de servicios y deben, previamente a la situación, dejar saber a la institución su condición de objetores.

REFERENCIAS

1. Cook RJ, Arango Olaya M, Dickens BM. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *Gynecol Obstet*. 2009;104:249-252.
2. Dickens B. Conscientious commitment. *Lancet*. 2008;371(9620):1240-1241.
3. Amnistía Internacional. Historia de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/inf-resumen.html>.
4. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0015>.
5. World Health Organization. 1994. Reproductive Health Activities in WHO. HRP/PCC(7)/1994/6a.
6. Sai FT, Nassim J. 1989. The need for a reproductive health approach. *Suppl Int J Gynecol Obstet*. 1989;3:103-113.
7. United Nations, 1995. Population and Development: Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September, ST/ESA/SER.A/149, New York.
8. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, Ethical guidelines on conscientious objection. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 Mar;92(3):333-334.
9. Federation of Latin American Societies of Obstetricians and Gynecologists (FLASOG). Report on the Pre-Congress Work- shop on Sexual and Reproductive Rights. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. October 2002. Disponible en: <http://www.flasog.org/informat.html>.316
10. Távara Orozco L. II Congreso Internacional Jurídico sobre Derechos Reproductivos San José, Costa Rica 28-30 Noviembre 2011. Taller Sobre "Objecion de Conciencia". Punto 4 Comunicación SAC. Lima, Perú, 2011. <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/tallerobjeciondeconciencia.pdf>

Taller sobre "Estandares Medicos, Forenses y Legales Para la Atención Integral de las Víctimas de Violencia Sexual" Parte II

Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Coordinador para los Países Andinos del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG

Como continuación a la introducción publicada en *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002;72(1):69, presentamos a continuación la discusión y conclusiones de este interesante Taller.

Nuevamente recomendamos revisar el documento completo se encuentra en la página web de la SOGV (www.sogvzla.org).

DISCUSIÓN

Luego de las presentaciones se suscitó una intensa discusión con preguntas, respuestas, comentarios y sugerencias.

- Al estar presente la policía y el fiscal durante la atención de la víctima ¿no se puede tratar de una falta de consentimiento informado y de ser así, si es que esto no está violando acaso el secreto profesional?
- El médico forense obedece a la ética del proceso judicial y por tanto no viola el secreto profesional.
- Cuando se hace la evaluación psicológica se puede afectar a la víctima?
- La evaluación psicotraumatológica debe hacerla una persona entrenada y la entrevista a la víctima

es una forma de psicoterapia.

- Quisiéramos conocer más de la legislación de Nicaragua. Coincido con la Dra. Rosales sobre la falta de una pata, que es la educación, no solo a nivel de la secundaria sino a nivel de la educación superior.
- En Guatemala no disponemos de la técnica de la entrevista del forense o del profesional entrenado en medicina forense con el fiscal y la policía. Mientras no se pruebe quién es el agresor, este puede quedar sin sanción.
- El personal del Instituto Médico Legal (IML) de Nicaragua destinado a obtener evidencias está disponible permanentemente o hace guardias?
- Es el médico el que hace la denuncia a la policía o a la fiscalía?
- El personal que hace la entrevista ha sido entrenado en psicotraumatología forense y en técnicas de entrevista. El IML trabaja todo el año por turnos en las 24 horas, pero se tiene dificultades a nivel de los municipios más alejados.

Continúa en página 82